

Diss med.

259. 31



C. A. J. KROL



PROEFSCHRIFT



Diss. med.

259 (31

Krol

DE
TUBERCULOSE DER GEWRICHTEN
EN HARE BEHANDELING.

DE
TUBERCULOSE DER GEWRICHTEN
EN HARE BEHANDELING.

PROEFSCHRIFT,

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

DR. J. P. N. LAND,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN

Op Zaterdag den 26sten Juni 1886 des namiddags te 3 uren,

DOOR

CORNELIS ARIS JOHANNES KROL,

ARTS,

OFFICIER VAN GEZONDHEID 2^e KLASSE DER LANDMACHT,

GEBOREN TE LITH.

LEIDEN,
S. C. VAN DOESBURGH.

1886.



BOEKDRUKKERIJ VAN P. W. M. TRAP, LEIDEN.

AAN MIJNE OUDERS

Van de gelegenheid, welke dit proefschrift mij aanbiedt maak ik gaarne gebruik, om U, HH. Professoren der Medische Faculteit mijne erkentelijkheid te betuigen, voor het onderwijs dat ik van U ontvangen mocht, en voor de welwillendheid waarmede gij steeds bereid waart mij Uwe voorlichting te schenken.

In het bijzonder breng ik U mijn dank, zeer geachte Promotor, Hooggeleerde VAN ITERSON. De hulp mij verleend bij de samenstelling van dit proefschrift en de bereidvaardigheid waarmede gij steeds gereed waart mij Uwen raad te schenken, zal ik altijd blijven waardeeren.

Ontvang ook gij, Doctor TREUB, mijn vriendelijken dank voor de vele nuttige wenken, die ik van U mocht ontvangen en voor de bereidwilligheid waarmede gij mij steeds ten dienste waart.

In h o u d.



Inleiding	pag. 1
I. Over den aard der ziekte	» 4
II. Over de localisatie der ziekte.	» 17
III. Over de behandeling der aandoening	» 46
Stellingen	» 59



I N L E I D I N G.

De opvatting omtrent het wezen der gewrichtsaandoening, welke men bestempeld heeft met de namen, tumor albus, gewrichtscaries, arthrosyndesmitis, scrophuleuze, strumeuze ontsteking, arthrophlogosis fibrosa, arthrocace, fungeuze granuleerend etterige gewrichtsontsteking, is in den loop der tijden eene geheel verschillende geweest, zooals reeds voldoende blijkt uit de talrijke benamingen aan hetzelfde proces gegeven.

Reeds in de uitdrukking „gewrichtslijden” ligt opgesloten dat men te doen heeft met pathologische veranderingen van verschillende weefselementen, met diffuse processen der deelen welke het gewricht helpen constitueeren.

Immers stelt men zich tevreden met de diagnose: „gewrichtslijden”, dan is niets omtrent den eigenlijken

oorsprong van het kwaad, het weefsel en de plaats waar het lijden gedebuteerd, noch hoever het gevorderd is en welke weefsels er in betrokken zijn, nader gequalificeerd.

De patholoog-anatoom was tot voor weinige jaren genoodzaakt zich op dit gebied tevreden te stellen met datgene, wat de autopsie van individuen bezweken aan de gevolgen van het lijden, hem opleverde.

Deze waren te gronde gegaan aan algemeene tuberculose, amyloïde-degeneratie of marasmus, en wat hem ten deel viel was het product van ziekteprocessen welke jaren lang hadden bestaan: geheel veretterde of wel zoodanig veranderde gewrichten, dat daaraan van het primitieve lijden niets meer te herkennen viel.

Bij uitzondering leverde de chirurgische kliniek hem eenig materiaal, en dit bezat dan nog weinig meer waarde dan het overige, daar de resectie nog uiterst zeldzaam plaats vond, en zoo zij al geschiedde, dan werd zij toch evenals het laatste redmiddel, de amputatie, zoo lang mogelijk verschoven.

Sedert de chirurg er niet meer voor terugdeinst zich den toegang tot het gewricht te verschaffen, is de pathologische anatomie van de fungeuze granuleerend etterige gewrichtsontsteking belangrijk verrijkt en gewijzigd en hiermede hield gelijken tred de kennis omtrent aard en zitplaats van het lijden.

Noodzakelijkerwijze was dit van belangrijken invloed op de behandeling, welke, zoude zij eene rationeele zijn, in de eerste plaats gericht moest zijn tegen de primaire zitplaats der aandoening.

Het is mijn voornemen in dit proefschrift eenige der meest belangrijke meeningen omtrent aard en localisatie van het lijden, zooals zij zich achtereenvolgens in de verschillende tijden hebben gewijzigd, na te gaan, om daarna eenige bladzijden te wijden aan de behandeling der ziekte.

I.

Over den aard der ziekte.

Reeds HIPPOCRATES ¹⁾ beschrijft in zijn hoofdstuk „de coxario morbo”, zekere diurni articulorum affectus, κέδματα dicti, waarmede hij hoogstwaarschijnlijk het proces waarover wij handelen bedoeld heeft.

Hij stelt zich het lijden voor als 't gevolg van een φῦμα (tuberculum) dat zich in de huid ontwikkelt en na uitbreiding, in het gewricht doorbreekt. De causa remota van het ontstaan van dit φῦμα, is gelegen in den belemmerden afvoer der vochten.

Met de vermelding der opvatting van den „divus pater medicinae” kunnen wij tevens volstaan voor een groot deel der latere schrijvers, daar deze allen, op

¹⁾ HIPPOCRATIS opera omnia Annutio Foesio authore, Francofurti 1595, Sectie IV, pag. 83.

gezach, zijne meening overnemen en wedergeven. Eerst in de 2^e helft der 18^e eeuw vinden wij eenige gegevens berustende op eigen waarneming en zelfstandig onderzoek, waarom we onmiddellijk tot deze willen overgaan, zonder acht te slaan op de groote tijdsruimte, welke wij stilzwijgend voorbijgaan.

Bij DE HAEN¹⁾ lezen wij dat hij het proces opvat als eene ontsteking. Den aard der ontsteking echter definieert hij niet, alleen zij is ontstaan uit eene *contersio*, zegt hij, en naar aanleiding hiervan, mag men met eenigen grond concludeeren dat hij de inflammatie als eene traumatische schijnt beschouwd te hebben.

Evenmin wordt de aandoening gequalificeerd door EDWARD FORD²⁾, die er zich eenvoudig van afmaakt met de bewering dat de *causa morbi* bestaat in „a morbid state of the cartilages and bones”.

Ook PLENCK³⁾ verspreidt hieromtrent weinig licht waar hij van de „witte zwelling der gewrichten” zegt: „„Deze is een pijnlijke en niet miskleurige zwelling” „der gewrichten afhankelijk van eene scherpe slijm”

¹⁾ ANTONII DE HAEN *ratio medendi in nosocomio practico Vindobonensi*. Lugd. Batav. 1764. I, pag. 306.

²⁾ EDWARD FORD, *Observations on the disease of the Hip Joint*. London 1794. pag. 25.

³⁾ J. J. PLENCK. *Korte leerstellingen der algemeene oeffenende heelkunde*. Vertaling van D. VAN GESCHER Amsterdam 1776.

„aan de buitenste oppervlakte der beursbanden””.

RUSSELL ¹⁾ vat de ziekte op als locale uiting van een algemeen lijden „„Ich trage kein Bedenken sie zu den” „scrophulösen Affectionen zu rechnen”” zegt hij in zijn werk: Ueber die krankheiten des kniegelenkes.

Dezelfde meening is CALLISSEN ²⁾ toegedaan.

In 1818 verklaarde Brodie den tumor albus voor eene nieuwvorming, identisch met den mammascirrhus en den medullairkanker van den testikel. Later laat hij deze meening varen en neemt aan dat hij met eene bijzondere chronische synovialisontsteking te doen heeft.

Is derhalve de ziekte reeds van af de vroegste tijden bekend geweest en vindt men aangaande haar, min of meer juiste begrippen bij de verschillende oudere schrijvers vermeld, de eigenlijke geschiedenis van ons onderwerp neemt eerst een aanvang in het begin onzer eeuw.

Na de meededeelingen van LAËNNEC, omtrent de phtisis pulmonum, onder welken naam vóór hem de meest verschillende processen der long, welke tot ulce-

¹⁾ JAMES RUSSELL Ueber die krankheiten des Kniegelenkes. Aus dem Englischen uebersetzt von Dr. GOLDHAGEN Halle 1817 Weisse Geschwulch pag. 42.

²⁾ H. CALLISSEN Systema chirurgiae hodiernae Hafniae 1800 II pag. 23.

ratie en cavernenvorming aanleiding geven, werden saamgevat, trad de studie omtrent het wezen van den tumor albus een geheel nieuw tijdperk in.

LAËNNEC scheidde de phtisis van de overige longaan-
doeningen en gaf als haar criterium aan den tuberkel,
welke de karakteristieke eigenschap bezat dat hij in
kaasmassa uiteenviel.

DELPECH¹⁾ is de eerste naar hij zegt, die in de chi-
rurgie van tuberkels spreekt en wel van beentuberkels.
In een in 1828 te Parijs verschenen werk zegt hij n.l.:
„„Nous avons exposé le premier dans un autre ouvrage”
„(1816), des idées générales touchant la structure et”
„le développement des tubercules dans les os. Les”
„tubercules sont la cause exclusive de la formation”
„des difformités de l'épine symptomatiques de ce qu'on”
„appelle mal vertébral de Pott. l'Etat de la Science”
„sur ce point est tel, qu'il convient aujourd'hui d'ap-”
„peler cette maladie affection tuberculeuse des vertè-”
„bres et ce sera la première fois qu'elle aura reçu”
„une dénomination caractéristique””. Iets verder spreekt
hij van: „„l'affection tuberculeuse des extrémités arti-”
„culaires des os où de tout autre parmi les lésions”

¹⁾ J. DELPECH. De l'orthomorphie par rapport à l'espèce humaine
Paris 1828 Article XI pag. 241: De l'état tuberculeux des os.

„articulaires que l'on confond sous la dénomination”
„de tumeurs blanches””.

Doet hij het dus voorkomen, 't zij willens of wel onwetend, alsof hij de ontdekker der beentuberkels zou zijn geweest „„les tubercules osseux sont restés” „oubliés pendant près d'un siècle”” zegt VIDAL DE CASSIS ²⁾, onder opmerking dat zij reeds beschreven zijn door GALENUS, MARCUS AURELIUS SEVERINUS en PLATTNER. Naar het schijnt vindt men er ook melding van gemaakt bij FRANGOTT GERBER en FRÉDÉRIC HAACKE.

Na DELPECH was het vooral NÉLATON die de analogie tusschen de afwijkingen, waargenomen bij dit gewrichtslijden en bij de tuberculosis pulmonum trachtte te bewijzen, door de ontwikkeling van den tuberkel der beenderen na te gaan, gelijk LAËNNEC dit voor dien der long gedaan had.

Naast la forme encystée van DELPECH stelde hij nog een anderen vorm waaronder de beentuberculose zich voordoet n. l. la forme infiltrée.

Behalve van fransche zijde was bovendien nog door den Weener patholoog anatoom Rokitansky het bewijs geleverd dat in deze gewrichten dikwerf tuberkels aangetroffen werden.

²⁾ VIDAL DE CASSIS. Traité de pathologie externe et de médecine opératoire Paris 1851 3^{ème} édition.

Evenmin als de Laënnec'sche uniteitsleer der tuberculose zonder bestrijders bleef, vond de theorie van NÉLATON gemakkelijk ingang in de chirurgie. Toch won zij, evenals de eerste, langzamerhand veld en weldra werd zij door de groote meerderheid der chirurgen als de juiste aangenomen, zoodat van nu af de tuberculeuze natuur van het gewrichtslijden voor goed vastgesteld scheen.

Nadat in 1840 MALESPINE hiertegen reeds was opgekomen, bracht REINHARDT in 1850, op grond van microscopisch onderzoek, deze opvatting aan het wankelen.

Geheel ten val werd zij gebracht door VIRCHOW welke de uniteitsleer der phtisis verving door de dualiteitsleer. Hij nam n. l. aan dat de phtisis in de groote meerderheid der gevallen was eene chronische catarrhale pneumonie, de tuberkel was voor hem complicatie geworden.

Met deze gewijzigde beschouwingen op intern gebied, ging gepaard de verandering der theorien in de chirurgie en de NÉLATON'sche leer moest wijken voor de meening welke van nu af door de meeste chirurgen werd gehuldigd, n. l. dat de kaasproducten eenvoudig ingedikte onstekings-exsudaten waren. Algemeen aangenomen gold deze leer 15 jaren lang, totdat in 1865 de mededeelingen van VILLEMIN, omtrent de overentbaarheid der tuberculose het licht zagen.

Terwijl hij langs experimenteelen weg te werk ging werd door KÖSTER, CHARCOT, maar bovenal door GRANCHER langs pathologisch-anatomischen weg, de uniteit der phtisis aangetoond, door het bewijs te leveren, dat er geen onderscheid bestond tusschen de kaasachtige infiltratie en den miliairtuberkel in zijne verschillende stadia van ontwikkeling. Zoo stond men derhalve weder op het oude standpunt van LAËNNEC.

Van de chirurgen uit den lateren tijd valt op te merken, dat bij hen allen, de tuberculeuze natuur der aandoening op den voorgrond treedt.

Wel spreken sommige auteurs van scrophuleuze gewrichtsziekte, doch de innige verwantschap tusschen tuberculose en scrophulose vindt men algemeen vermeld.

BILLROTH laat zijne „fungeuze gewrichtsontstekingen” vooral berusten op de tuberculeuze en scrophuleuze diathese, hoezeer ook ontstekingen van traumatischen en onbekenden oorsprong in deze eerste kunnen overgaan. Gevallen voor welke hij noch locale, noch algemeene oorzaken kan vinden, zijn hem intusschen niet ontgaan.

Eene reeds door vroegere schrijvers gemaakte onderscheiding tusschen tumor albus, voor die gevallen waar de weeke deelen, en arthrocace, voor die waar de beenderen hoofdzakelijk in het lijden betrokken zijn, vinden wij weder terug bij VOLKMANN. Hijzelf

hecht echter weinig waarde aan deze indeeling, daar het niet mogelijk is de processen klinisch scherp gescheiden te houden. Elke acute synovitis, gelooft hij, kan in eene fungeuze overgaan, zonder dat hiervoor eene bepaalde diathese behoeft te bestaan. De ongunstige verhoudingen welke men aan de gewrichten bij ontstekingsstoestanden aantreft, zijn voor hem voldoende om zich dit te verklaren. HUETER beschrijft eene synovitis hyperplastica granulosa, berustende op tuberculeuze en scrophuleuze ontsteking van het gewricht. Zij kan optreden tengevolge van de aanwezigheid van bacterien welke uit het bloed in de synovia overgaan en dit zou vooral licht geschieden bij scrophuleuzen.

Het tengevolge van een trauma uitgestorte bloed zou eene zeer frequente oorzaak van haar optreden zijn.

Van de latere fransche chirurgen was het vooral LANNELONGUE, die, steunende op uitgebreide microscopische onderzoekingen, zich een warm voorstander van de tuberculeuze natuur van de ziekte verklaarde.

Was derhalve reeds meerdere overeenstemming in de opvattingen omtrent den aard van het lijden te bemerken, éénheid in deze werd eerst verkregen door de Koch'sche ontdekking.

Vóór dien tijd toch was de groote strijdvraag: wat is tuberculeus? Wat de één als zoodanig beschouwde, was het volstrekt niet voor den ander. Terwijl BAILLIE

en BAYLE als karakteristiek voor de tuberculose aangaven de aanwezigheid van kleine, grijze, miliaire knobbel-tjes (onze tegenwoordige tuberkels), was voor LAËNNEC beslissend de kaasachtige deneratie. Het woord tuberkel omvatte voor hem geen scherp afgegrensd begrip; nu eens vond hij „granulations miliaires tuberculeuses”, dan weer „tubercules miliaires” weer andere malen „infiltrations tuberculeuses”. Tuberculum is voor hem elke knobbel, onverschillig of deze groot of klein, week of hard is.

Dat de kaas altijd een zeer suspect product was, werd algemeen aangenomen, zelfs nadat door VIRCHOW was aangetoond dat dit product op allerlei wijze ontstaan, en zeer verschillende beteekenis hebben kan. VIRCHOW bestudeerde den tuberkel microscopisch en vond als karakteristiek voor dezen, dat hij gevormd werd door een net van draden en cellen. Waar men dit terugvond, kon men met zekerheid tot tuberculose besluiten.

Niet langen tijd daarna werd door LANGHANS de aanwezigheid van reuzencellen als criterium op den voorgrond gesteld, doch weldra bleek ook dit kenmerk, evenals de vorige, niet steekhoudend te zijn daar HERING de specifieke beteekenis, zoowel van de reuzencel als van de epithelioïde cel bestreed, door aan te toonen, dat zij dikwerf in de tuberkels ontbraken.

Het kon niet uitblijven, dat bij dezen stand van zaken, door de zeer uiteenlopende meeningen er eene schromelijke begripsverwarring moest ontstaan, aan welke door de uitkomsten der onderzoekingen van KOCH in 1882 een einde kwam.

Het criterium der tuberculose eenmaal gevonden zijnde, ging men weldra de producten van het fungeuze gewrichtslijden hierop onderzoeken en spoedig bleek het, dat men in zeer vele gevallen den bacillus tuberculosis kon aantoonen.

Zoo was derhalve voor die speciale gevallen met absolute zekerheid aangetoond, welke de aard van het lijden is.

Mag men dan die, waarin het niet gelukte den bacil op te sporen, onvoorwaardelijk als van niet tuberculeuzen aard beschouwen? Mijns inziens: neen. Ook hier bezit alleen het vinden ervan waarde, zonder dat het negatieve resultaat er tegen bewijst.

Men zou verder kunnen vragen is de diagnose tuberculose of niet dan eerst a posteriori te stellen, en dan geloof ik dat men hierop evenzeer ontkennend mag antwoorden. Met volle recht mag men m. i. uit het klinische verloop tot de diagnose besluiten.

Immers reeds op grond van het spontane optreden, het voorkomen bij voorkeur in de jeugd, het langzame verloop met in den aanvang zoo weinig geprononceerde

verschijnselen, de later optredende zwelling, pseudo-fluctuatie, de exacerbatie van pijn na inspanning, met opvolgende spiercontracturen (reflectoire?) wordt het lijden vermoed. Blijkt niet van een ander ziekteproces dan komt men ook per exclusionem tot hetzelfde resultaat en is bij doelmatige behandeling het lijden progressief (optreden van congestieabcessen met latere fistelvorming uit welke fistels de zoo karakteristieke, sereuze, de omgeving hevig irriteerende etter afvloeit) komt daarbij nog het hardnekkig weerstand bieden aan elke therapie, dan krijgt het vermoeden nog meerderen grond.

In de meerderheid der gevallen zal bovendien de anamnese, hereditaire dispositie aanwijzen, hoezeer dit volstrekt niet in alle het geval is en ook niet behoeft te zijn. Zekerheid — voor zoover men eischt demonstratie van den bacillus — is in vivo bijna nooit te verkrijgen.

Zeide ik zooeven dat men bij aanwezigheid van eerstgenoemde gegevens en symptomen tot de diagnose: tuberculeus lijden, besluiten kan, men mag naar ik geloof zoover gaan, te eischen dat zij dan gesteld moet worden. Immers gesteld dat de opvatting dat elke tumor albus als eene tuberculose beschouwd moet worden, al onjuist mocht zijn, zoo is dit toch stellig voor de overgrootste meerderheid der gevallen waar, en waar

wij in de onmogelijkheid blijven om met volkomen zekerheid tuberculose uit te sluiten, daar eischt het belang van den zieke, de aandoening als eene zoodanige op te vatten. Te meer daar de behandeling van het lijden als zoodanig, hetzij dat dit nog van vrij jongen datum is, hetzij dat het reeds uitgebreidere verwoestingen heeft aangericht, niet dan gunstig influenceeren kan op het verloop der ziekte, indien deze dan al niet van specifieken aard mocht zijn.

Hoezeer nu de meerderheid der hedendaagsche chirurgen, den tumor albus als eene tuberculeuze aandoening beschouwt, zoo zijn er andere welke deze opinie niet deelen.

Onlangs gaf o. a. VERNEUIL nog als zijne meening te kennen, dat zelfs de groote meerderheid dezer aandoeningen niet zou berusten op tuberculose!¹⁾ Wat zal men hiertegen aanvoeren? Indien door de resultaten van het onderzoek van CHARCOT en KIENER,²⁾ HUETER, MAX SCHÜLLER, ROUX, KÖNIG, LANNELONGUE e. a. welke door inentingsproeven tot de oplossing van het vraagstuk trachtten te geraken, de quaestie reeds als voldoende uitgemaakt mocht worden beschouwd, het

¹⁾ Zie Verslag der Société de chirurgie van 10 Febr. 1886 in La Semaine Médicale 17 Février.

²⁾ KIENER et CHARCOT Société médicale des hôpitaux Fevrier 1881.

definitieve bewijs werd bovendien geleverd, door het aantoonen van den tuberkelbacil in de zieke weefsels zooals dit o. a. is geschied door KOCH¹⁾ KRAUSE en SCHUCHARDT²⁾ en SCHLECHTENDAHL van duitsche, door DEBOVE en BOUILLY³⁾ van fransche zijde.

Voor hem nu, die op het tegenwoordig standpunt onzer wetenschap, dat n. l. de tuberculose eene specifieke aandoening is, met zulke bewijzen voor oogen, nog twijfelen kan aan de natuur van het lijden waarover wij handelen, voor hem zal het verkrijgen van zekerheid in deze wel altijd tot de pia vota blijven behooren.

¹⁾ KOCH. Die aetiologie der Tuberculose Berliner Klinische Wochenschrift 1882 N^o. 15.

²⁾ KRAUSE en SCHUCHARDT Fortschritte der medicin 1883 N^o. 9.

³⁾ Revue de Chirurgie 1883.

II.

Over de localisatie van het lijden.

Over het groote belang, gelegen in de juiste oplossing der vraag: localiseert de tuberculose zich primair in het beenweefsel of wel in de weeke deelen? behoeft hier ter plaatse wel niet meer gehandeld te worden.

Reeds bij de oudste schrijvers toch vinden wij de bewijzen dat zij van het groote gewicht van dit vraagstuk doordrongen waren, daar zij vrij algemeen bij de beschrijving dezer ziekte, hunne meening omtrent de plaats waar het lijden zijnen oorsprong neemt, vermelden.

Zooals aprioristisch reeds te verwachten was, beschouwt de meerderheid der klassieke auteurs de weeke deelen als punt van uitgang; en dit kan ons niet verwonderen wanneer we bedenken dat in die gevallen, welke zij ter sectie kregen, het lijden de meest uitgebreide verwoestingen had aangericht.

De belangrijkste veranderingen troffen zij aan in de fibreuze kapsel en synoviaalmembraan. De synovialis was veranderd in eene geleiachtige, fungeuze granuleerende massa, waaronder dikwerf vrij belangrijke woekeringen van fibreus, of ook wel oedemateus gezwollen weefsel werden aangetroffen, welke niet zelden tot onder de huid doordrongen.

Daarentegen waren de veranderingen welke aan de beenderen optreden, in geen de minste verhouding tot die der weeke deelen. Zij waren of in 't geheel niet, of althans weinig in 't oog loopend veranderd ¹⁾.

Het lag derhalve voor de hand dat men den oorsprong zocht in de weeke deelen welke het gewricht helpen constitueeren, en dat de veranderingen der beenderen en kraakbeenderen als gevolgen werden aangemerkt, veroorzaakt door de voortplanting der ontsteking en door de verettering dezer eerste.

Toch waren er onder hen ook reeds die het lijden als van primair ostealen oorsprong beschouwden gelijk we zien zullen.

Bij DE GORTER ²⁾ vinden wij omtrent de Coxitis

¹⁾ c. f. RICHARD VOLKMANN. Sammlung Klin. Vorträge: Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen 168—169.

²⁾ DE GORTER. Chirurgia repurgata, Liber II Cap. 1, n^o. 173 Lugd. Batav. 1742.

aangeteekend: „„Si dolor ille sedem habet in coxae”
 „acetabulo, rodens, dolorem inferens ita interdum”
 „magnam hanc haerentem glandulam corrumpit ut”
 „articulos moveri non possit; vel etiam corrumpit”
 „ligamenta articulum hunc nectentia””.

Hij spreekt derhalve in het geheel niet van been- of kraakbeen lijden, evenmin als SCHWENCKE¹⁾ welke de coxitis ook als een lijden der weeke deelen opvat, zooals uit de volgende plaats blijkt: „„Est etiam morbus”
 „infantium, caeteroquin sanissimorum, quando gradum”
 „firmare nequeunt a tumescente hac cellulosa in sinu”
 „acetabuli, isque brevissimo tempore saepe oritur””.

In zijne reeds boven vermelde „witte zwelling der gewrichten” zegt PLENCK: „„Dit gezwel dat nauwelijks”
 „vatbaar is voor oplossing, veroorzaakt doorgaans, na”
 „het verzweeren der gewrichtsbanden, een ongenees-”
 „lijk beenbederf en den dood””. Ook hij zoekt derhalve het uitgangspunt in de weeke deelen.

Geheel dezelfde zienswijze is VAN DER HAAR²⁾ toegedaan:

„„Zoowel bij het sponsgezwel als de waterzucht der”

¹⁾ SCHWENCKE, Haematologia s. sanguinis historia experimentis passim superstructa, accedit observatio anatomica de acetabuli ligamento interno caput femoris firmante. Hagae Comitum 1743 4 pag. 212.

²⁾ J. VAN DER HAAR. Uitgezochte genees- en heilkundige Mengelschriften, Amsterdam 1797.

„gewrichten, komt dikwijls eene weekheid zwelling”
 „en bederf in de hoofden der beenderen, dan deze”
 „zijn als een gevolg van de eersten aan te merken””.

Evenzeer is BROWNE CHESTON¹⁾ van oordeel dat de aandoening primair in de weeke deelen zetelt.

BELL²⁾ komt tot de conclusie dat men twee soorten van tumor albus moet aannemen. Hij had gelegenheid verscheidene gevallen vroegtijdig te kunnen onderzoeken en vond dat in: „„the first or rheumatic species:”
 „the bones and cartilages always remaining perfectly”
 „sound as likewise the synovia, both with respect to”
 „quantity and consistence”” de fibreuze kapsel daarentegen belangrijke afwijkingen vertoonde.

In de andere „the more inveterate or scrophulous species” daarentegen had hij „constantly observed an”
 „enlargement either of the whole ends of the bones or”
 „of their epiphyses”. In eene latere uitgave van zijn werk (1791) vinden wij dezelfde onderscheiding terug en ook BOYER³⁾ neemt haar aan:

¹⁾ R. BROWNE CHESTON. Pathological Inquiries and observations in Surgery from the dissections of morbid bodies. — Gloucester 1766 Chap V, Sect. 3.

²⁾ BELL. A treatise on the theorie and management of ulcers with a dissertation on white swellings of the joints. Edinburgh 1778.

³⁾ BOYER Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Tome III art. 22, Paris 1845.

„„On remarque d'abord que certaines tumeurs blan-
 „ches ont leur siège primitivement hors de l'articu-
 „lation, et que ce n'est qu'à mesure que le mal fait
 „des progrès, que les os et les cartilages sont affectés,
 „tandis que d'autres ont leur siège principalement
 „dans les os, dont les extrémités sont gonflées, ramol-
 „lies, et que le mal ne s'étend aux ligaments et aux
 „autres parties molles qui environnent l'articulation
 „que dans un degré déjà avancé de la maladie””.

Hij voegt hierbij dat het lijden primair zich locali-
 seert in de weeke deelen wanneer het veroorzaakt
 wordt door „le vice rhumatismal”, terwijl het been de
 primaire zetel is indien de oorzaak gelegen is in „le
 vice scrophuleux”.

FORD¹⁾ is de eerste die de primaire localisatie van
 het lijden uitsluitend in het been zoekt:

„„The carious state of the bones in question is not
 „therefore the effect, but the cause of the formation
 „of matter, and this caries is not to be attributed to
 „a disordered state of the synovia corroding the head
 „of the bone, and the cotyloid cavity; nor to the
 „acrimony of any matter collected there and suppo-
 „sed to produce this ill-effect””.

Hoezeer hij overtuigd was van het belangrijke van

¹⁾ l. c.

het punt dat ons bezig houdt moge uit het volgende blijken: „„There is a necessity for ascertaining distinct-“
 „tion of this nature, in order to found the proper“
 „indication of a mode of cure; for if this disease“
 „were to be ascribed to the causes above mentioned“
 „either an acriminous state of the Synovia, or an“
 „existance of matter of a corrosive quality in the“
 „joint, a practice very different, from what is now“
 „generally persued would certainly be preferable””

Voor hem was de tumor albus identisch met de coxitis en spondylitis zooals hij opmerkt in zijne remarks on white swellings of the knee ¹⁾).

CALLISSEN ²⁾ onderscheidt, naar de plaats van optreden, drie soorten van fungi, welke allen echter naar hij gelooft, in elkaar kunnen overgaan en gelijktijdig naast elkander voorkomen.

De zitplaats kan volgens hem zijn:

- 1^o. tela cellulosa communis;
- 2^o. expansiones membranaceae ligamentosae articulum circumdantes;
- 3^o. ipsa denique textura ossea.

Door ALBERS ³⁾ werd de oorsprong der aandoening

¹⁾ l. c. pag. 191.

²⁾ l. c.

³⁾ J. A. ALBERS. Preisfrage: Worin besteht eigentlich das Uebel das unter dem sogenannten freiwilligen Hinken der Kinder bekannt ist. Wien. 1807.

eerst in de kraakbeenderen gezocht, doch later komt hij van deze meening terug en gelooft dat het lijden in de beenderen debuteert; toch neemt ook hij de mogelijkheid van synovialen oorsprong aan. Over CLOSIUS sprekende zegt hij nl.: „„er irrt gewiss nicht wenn” „er sie (die gelenkkapsel) in einzelnen Fällen als den” „ursprünglich leidenden Theil ansieht””.

RUSSEL¹⁾ verwerpt zeer apodictisch de bewering van primaire beenaandoening: „„Denn es erhellet wirklich” „aus dem ganzen Verlaufe der Krankheit, das die-” „selbe nicht zuerst in den Knochen ihren Anfang” „nimmt””.

Daarentegen vinden wij de leer van den ostealen oorsprong weer terug bij DELPECH, terwijl VIDAL DE CASSIS zijne pathologisch-anatomische beschrijving der tumeurs blanches weder begint met de verklaring: „„Le mal débute par la synoviale où par les os””.

RICHET²⁾ verklaart zich tegen de indeeling van BELL en BOIJER en komt bij zijne onderzoekingen tot het resultaat: „„que toutes les tumeurs blanches pouvaient” „être ramenées a deux variétés fondamentales, l’in-” „flammation chronique de la synoviale, et celle des ex-” „trémités articulaires des os. Les tumeurs blanches”,

¹⁾ L. c. pag. 29.

²⁾ RICHET Mémoire sur les tumeurs blanches in de Mémoires de l'Académie impériale de médecine. Tome 17. Paris 1853.

vervolgt hij, „„seraient donc toujours, selon moi, des” „synovites où des osteïtes chroniques où des osteo-” „synovites””.

In zijne bewerking der chronischen fungösen und purulenten Gelenkentzündungen in het Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie van VON PITHA und BILLROTH zegt RICHARD VOLKMANN, dat de uitgang der ziekte van de weeke deelen en speciaal van de synovialis „der unendlich viel häufigere” is dan van de beenderen.

„„Die Krankheit beginnt mit einer von Anfang an” „chronischen, oder mit einer chronisch gewordenen” „verschleppten subacuten oder acuten Arthromenin-” „gitis etc.””.

KOCHER ¹⁾ gelooft dat zoowel in de synovialis als in het been de primaire localisatie kan optreden, doch hij is tot de conclusie gekomen „„die primäre chro-” „nische osteomyelitis ist ungleich häufiger als ge-” „wöhnlich angenommen wird””.

KORTEWEG ²⁾ verwerpt geheel het optreden in de weeke deelen. Volgens hem zou het lijden van uitsluitend ostealen oorsprong zijn.

¹⁾ KOCHER. Zur Prophylaxis der fungösen Gelenkentzündungen. VOLKMANN's Sammlung klin Vorträge 1875.

²⁾ KORTEWEG. Over den zoogenaamden Tumor Albus. Nederl. Tijdschrift voor geneeskunde 1878 N^o. 10.

Dat hij hiermede te ver ging werd reeds uitgesproken door MAX SCHÜLLER¹⁾ welke (nl. aan het kniegewricht) been en synovialis gelijktijdig aangedaan laat worden.

Lijnrecht tegenover zijne vroegere opvatting staat RICHARD VOLKMANN²⁾ in den lateren tijd, wanneer hij in de overwegende meerderheid der gevallen, het lijden als van ostealen oorsprong verklaart: „„Die fungösen Gelenkentzündungen beginnen also gewöhnlich, und” „bei Kindern so gut wie ausnahmslos, gar nicht als” „Arthropathien, sondern als reine Osteopathien, mit” „einer meist sehr begrenzten käsigen oder tuberculösen Ostitis, oder wenn man lieber will osteomyelitis, und es hängt oft sehr von Zufälligkeiten ab,” „ob die Affection später zur Arthropathie wird oder” „nicht, d. h. op das Gelenk überhaupt, und besonders ob es in specifischer Weise in Mitleidenschaft” „bezogen wird; ob flüssige in diesen Heerden gebildete Stoffe zuletzt ihren Weg in das Gelenk finden,” „oder ob sie extra-articulär nach aussen entleert werden”“.

Iets verder zegt hij: „„Immerhin bestreite ich keines-

¹⁾ MAX SCHÜLLER. Experimentelle und histologische Untersuchungen ueber die Entstehung und Ursachen der scrophulösen und tuberculösen Gelenkleiden. 1880.

²⁾ R. VOLKMANN. Ueber den Charakter und die Bedeutung der fungösen Gelenkentzündungen. Samml. Klin. Vorträge 168—169.

„wegas das es eine primär synoviale Form der fun-“
 „gösen Gelenkentzündungen giebt aber sie ist erheb-“
 „lich seltener, kommt fast nur bei Erwachsenen vor“
 „und beruht stets auf einer primären synovialis Tu-“
 „berculose””.

BILLROTH¹⁾ zoekt het begin van het lijden in de groote meerderheid der gevallen in de weeke deelen.

In zijne beschrijving der chronische gewrichtsontstekingen zegt hij: „Bei den chronischen Gelenkentzündungen ist wohl in der Hälfte der Fälle, die Synovialmembran derjenige Theil, welcher zuerst erkrankt, in der anderen Hälfte geht die Erkrankung vom Knochen und von den Gelenkbändern aus”.

Terwijl KOENIG in zijn Lehrbuch der speciellen Chirurgie van het jaar 1881, het lijden voornamelijk in de beenderen laat optreden, is zijne meening in de laatste uitgave van dit handboek (1886) de tegenovergestelde en zou de synovialis de primaire zitplaats zijn.

In de editie van '81 lezen we nl.: „„Bei dieser im kindlichen Alter zumahl so sehr häufigen Gelenkentzündung liegen die primären Erkrankungsherde meist am Knochen.””

¹⁾ Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie von TH. BILLROTH. Berlin 1883.

„Doch ist auch am Kniegelenk die diffuse”
 „Tuberculose der Synovialis nicht selten””.

In de laatste uitgave daarentegen schrijft hij: „Die”
 „synovialen Processe scheinen in der Jugend häufiger”
 „zu sein, denn in diesem Alter fanden wir schon in”
 „der Hälfte aller Fälle primäre Synovialerkrankung,”
 „während im späteren Alter nur ein primärer Syno-”
 „vialprocess auf drei osteale kam””.

In het heupgewricht echter zou de meerderheid der
 gevallen (nl. bij kinderen) tot primair osteaallijden
 teruggebracht moeten worden „doch kommt auch”
 „primäre Synovitis vor””.

In de laatste jaren bespeuren wij dus meer neiging
 om weder terug te keeren tot de oude theorie, dat
 nl. de weeke deelen dikwerf de oorspronkelijke zit-
 plaats der ziekte zijn.

Nadat reeds door BRISSAUD, RICARD en DE ZANELIS,
 eenige waarnemingen van exquisiet primair synoviaal-
 lijden waren medegedeeld, werden deze weldra ver-
 meerderd door gevallen gepubliceerd door ARNAUD¹⁾ en
 MASKE²⁾.

Ook wij ontvingen, bij het onderzoek der in de kli-

¹⁾ ARNAUD. De l'arthrite tuberculeuse primitive où tuberculose des
 synoviales articulaires. Revue de Chirurgie 1883.

²⁾ MASKE. Centralblatt für Chirurgie. 1882 N^o. 23.

niek alhier voorgekomene gevallen den indruk dat in de groote meerderheid dezer het lijden van de weeke deelen uitgaat.

Onze meening grondt zich voornamelijk op drie argumenten t. w.:

- 1°. Waarneming van gevallen, waarin vergevorderde veranderingen der weeke deelen bestaan zonder beenaandoening.
- 2°. Gevallen waarbij de beenaandoening duidelijk secundair is.
- 3°. Resultaten der kapselextirpatie.

De waarnemingen waarop deze argumenten steunen willen wij in het kort hier laten volgen.

Ter loops zij nog vermeld dat, ten einde beter over uitgebreidheid en diepte van het lijden, voor zoover dit de beenderen betreft, te kunnen oordeelen, de beenstukken, welke de resectie etc. in de kliniek van prof. VAN ITERSON opleverde, in den laatsten tijd met eene 5—8% solutie van kali causticum naar de methode van PARTSCH¹⁾ gemacereerd werden.

¹⁾ Dr. PARTSCH. Archiv für klin Chirurgie van VON LANGENBECK 1885. Band XXXI pag. 431.

Ad 1^m. A. Pieter Hendrik D. 7 jaar oud, uit den Helder meldde zich den 8^{sten} Dec. 1884 in de kliniek aan wegens eene gonitis tuberculosa dextra.

Patient zou voor ongeveer acht maanden de knie gestooten hebben, waarna hij nog 14 dagen kon blijven loopen. Daarna is zwelling van 't gewricht met pijn opgetreden, waarop een gipsverband is aangelegd dat dertien weken bleef liggen.

Hierna was de ontsteking niet verminderd waarom gedurende drie maanden distractie met gewichten werd aangewend.

Niettegenstaande deze behandeling verergerde het proces steeds waardoor ook de algemeene toestand van patient achteruitging.

Bij zijne opname bestond er eene sterke zwelling aan de vóór- en zijvlakte van het gewricht, vooral beneden de patella wier contouren evenals die van het lig. patell. proprium verdwenen waren. Op enkele plaatsen waar de huid rood verkleurd is, neemt men fluctuatie waar. Locale temp. is niet verhoogd. Drukpijn bestaat vooral aan de binnenzijde van den condylus internus tibiae en op de patel. Actieve bewegingen niet mogelijk, passieve evenmin door de hevige pijn. Urine en longen vertoonen geene afwijkingen.

Daar patient irregulair febriciteerde en de algemeene toestand het wenschelijk maakte in den kortst moge-

lijken tijd het lijden tot een einde te brengen, werd tot de amputatio femoris besloten, welke den 3^{den} Jan. 1885 verricht werd.

Genezing volgde zonder dat stoornis in het wondverloop opgetreden was. Bij onderzoek van het zieke gewricht blijkt er tuberculeuze degeneratie der weeke deelen met periarticulaire etterhaarden te bestaan. Nergens in het been, femur, tibia noch patella zijn haarden aanwezig. Gewrichtskraakbeen van tibia en patel is geheel gaaf, dat van den femur hier en daar licht gearrodeerd.

B. Eveneens kwam den 8^{sten} Dec. '84 de 16-jarige Anna B. van Haarlem opname verzoeken, wegens eene linkszijdige tuberculeuze coxarthrititis. Patiente zou voor twee maanden pijn in de linker knie gekregen hebben, nadat zij reeds eene week mank geloopt had. Oorzaak onbekend. Zij heeft links een loopend oor gehad, verder genoot zij steeds eene goede gezondheid. Hare ouders en nog in leven zijnde broers en zusters zijn allen gezond. Van de laatste heeft zij er drie verloren resp. aan trauma, slijmhoest en pokken. Patiente is een bleek en tenger individu dat nog niet gemenstrueerd heeft. Het linkerbeen is atrophisch, staat in flexie, abductie en rotatie naar buiten. Er bestaat matige zwelling in den liesplooï, meer achter boven trochanter major. Op deze beide plaatsen bestaat ook

drukpijn evenals op den trochanter in de richting van collum femoris. Trochanter is niet verdikt. Per rectum noch pijn, noch zwelling. Wordt de dij gehouden zooals pat. ligt, dan is er geene beweging in de heup mogelijk. Wordt de dij krachtig en ver gebogen, dan zijn rotatie, ab- en adductie vrij ver mogelijk, hoezeer onder pijn. Longen en urine normaal.

Tot den 25sten Jan. '85 werd patiente onder robo-reerende dieet met distractie behandeld. Af en toe febriciteerende geweest, koortst zij in de laatste weken in hooge mate. De zwelling aan de voorzijde neemt sterk toe, fluctuatie is niet te bespeuren.

Den 29sten Jan. werd de resectio coxae verricht waarop weldra genezing volgde.

Het gewricht bleek geen etter te bevatten. De kapsel was sterk fungus gedegenereerd. Nergens werden beenhaarden gevonden. Kraakbeen was grootendeels verdwenen.

C. Met eene gonitis tuberculosa dextra werd den 24sten Jan. '85 opgenomen Theodorus v. d. M., 7 jaar, van Vrijenban.

Patient heeft voor een jaar de knie gestooten waarop pijn en moeielijkheid in het loopen is gevolgd. Toen is den ouders aangeraden een gipsverband te laten aanleggen, doch deze raad is niet opgevolgd. Hereditaire aanleg voor tuberculose bestaat niet. Pat. is een goed

gevoed, hoewel bleek individu. De rechterknie staat in flexie en is diffuus gezwollen. Ter weerszijden van patella en lig. patellae bestaat zwelling. Locale temp. is verhoogd. Drukpijn op cond. int. et ext. femoris et tibiae. Omtrek rechterknie 27 cm. links 24 cm. Longen en nieren normaal.

Nadat pat. eerst met gipsverband en daarna met distractie te vergeefs behandeld was werd den 27^{sten} Maart de arthrectomie verricht. Prima intentione genezen.

Bij de opening van het gewricht blijkt de kapsel geheel fungeus gedegenereerd. Nergens beenlijden zichtbaar. Gewrichtskraakbeen vertoont hier en daar verkleurde plekken.

D. Den 17^{den} April 1885 kwam de 4-jarige Dirk B. uit Zaandam tot ons met eene gonitis tuberculosa dextra.

Zijne anamnese ontbreekt geheel. De rechterknie wordt in rechthoekige buiging gehouden en is diffuus gezwollen. Aan beide zijden van het lig. patellae bestaat pseudofluctueerende prominentie. De huid is warmer dan links en sterk geaderd. De knie kan nagenoeg gestrekt worden door zacht geweld. Druk aan de buitenzijde is pijnlijk. Zijdelingsche beweging in geringe mate mogelijk. Nadat door gewichtsdistractie gedurende eenige dagen de knie recht geworden is, wordt den 12^{en} Mei de arthrectomie verricht.

Afgezien van intercurrerende varicellen welke weldra

geweken waren, volgde ongestoorde genezing, zoodat patient reeds den tweeden Juni in het gipsverband werd gelegd.

De kapsel bleek tuberculeus gedegenereerd. Hier en daar pannus van het kraakbeen. Geen beenlijden zichtbaar.

E. Uit Cillaarshoek kwam Willem Q. 14 jaar oud wegens eene gonitis tuberculosa dextra den 15^{en} Mei 1885 alhier hulp zoeken.

Voor twee jaar bemerkte pat. dat zijn rechterknie bij het loopen pijnlijk en dik werd. Hij bleef echter tot voor een half jaar rondloopen, daarna moest hij blijven zitten of met krukken rondspringen. Hereditaire momenten ontbreken geheel.

Bij de opname staat de knie in flexie, 't onderbeen maakt een rechten hoek met het bovenbeen. Tevens is het eerste naar buiten geroteerd. De knie welke met tinctura jodina behandeld werd, is in alle afmetingen gezwollen, doch 't meest in de streek der condyli interni, waar ook de hevigste drukpijn bestaat. Patellaire contouren zijn geheel verdwenen. De bursa subcruralis is in evenredigheid 't minst gezwollen. Longen en nieren normaal.

Daar patient de laatste weken voortdurend febriciteerde werd besloten niet de resectie of arthrectomie te beproeven, doch over te gaan tot de amputatio

femoris welke den 5 Juni plaats had. Na de operatie bleef de koorts weldra weg en pat. ondervond geene stoornissen bij het genezingsproces. Bij de opening van het zieke gewricht komt een vuile brokkelige etter naar buiten. Femur, tibia en patella zijn absoluut gaaf. Kapsel gedegenereerd. Kraakbeen hier en daar verdwenen.

F. Johanna van D. 6 jaar, van Voorschoten. Nadat pat. reeds geruimen tijd poliklinisch met gipsverbanden was behandeld werd zij den 13^{en} November 1885 in de kliniek opgenomen wegens gonitis tuberculosa.

Het rechterkniegewricht is diffuus gezwollen. De zwelling voelt vrij vast aan; alleen ter weerszijden van lig. patellae proprium bestaat pseudofluctuatie. Drukpijn op cond. int. tibiae. Poging tot beweging zeer pijnlijk. Geheele extremiteit is atrophisch.

2 December. Arthrectomie. Volkomen prima intentio zoodat 15 Dec. reeds een gipsverband wordt aangelegd. Bij de operatie wordt gevonden: de kapsel sterk fungeus gedegenereerd, pannus van het kraakbeen, nergens beenlijden.

G. Gonitis tuberculosa dextra. Leendert K. 6 jaar, van Leiden den 10^{en} Maart '86 ingekomen. Voor ongeveer $\frac{3}{4}$ jaar werd de rechterknie door den behandelenden medicus, wegens eene tuberculeuze ontsteking met matige buiging, in narcose rechtgezet, waarna een

gipsverband is aangelegd. Na zes weken werd dit vervangen door een waterglasverband, waarmede pat. tot voor 14 dagen rondliep. Toen is het been uit het verband genomen. De rechterknie staat in flexie van ongeveer 160° ; is in alle afmetingen gezwollen, maar hoofdzakelijk ter weerszijden van 't ligamentum patellare.

De huid is niet verkleurd. Locale temp. iets verhoogd. De zwelling ter weerszijden van het lig. patellare is eene pasteuze. Pat. accuseert pijn bij druk zoowel op de weeke deelen als op de beenige gewrichtsuit-einden.

Flexie en extensie zoowel passief als actief onmogelijk.

Nadat vooraf, door gewichtsdistractie gedurende eenige dagen, de knie recht geworden is, wordt den 22^{sten} Maart de arthrectomie gedaan, met het gevolg dat pat. op het einde van Mei reeds alleen zonder krukken rondliep.

Bij de opening van het gewricht blijkt de kapsel geheel bezet te zijn met fungeuze granulatiën, welke ook op het kraakbeen zijn overgegaan. Hier en daar vertoont het kraakbeen verkleurde plaatsen. Geene beenhaarden gevonden.

H. Eveneens kwam voor gonitis tuberculosa dextra de 13-jarige Johanna van H. uit Leiden, den 7^{den} Jan. '86 opname in de kliniek verzoeken.

Voor drie jaar kreeg pat. zonder bekende oorzaak

pijn in de rechterknie. Langzamerhand werd de knie dik, en, terwijl pat. te bed lag, eenigzins krom. Eenigen tijd later kon zij wel weer zoowat rondloopen, en deed dit ook, doch de knie bleef pijnlijk en werd dikker. Familie-anamnese negatief.

Rechterkniegewricht is diffuus gezwollen. Pseudo-fluctuatie bestaat ter weerszijden van lig. patellare dat in eene groeve ligt. De knie staat eenigzins in flexie. Buiging is zeer beperkt en pijnlijk. Drukpijn vooral aan de binnenzijde der tibia. Nadat door distractie de knie recht gestrekt is wordt den 14^{den} Maart de arthrectomie verricht. Patientte genas, niettegenstaande zij tien dagen na de operatie hooge koorts gepaard met apathie vertoonde, ja zelfs nu en dan impos mentis was. Den 1^{en} April komt aan den rand van het verband erysipelas te voorschijn welke over het geheele been zich uitstrekt. De wond was gedeeltelijk uiteengeweken, en er bestond etterretentie. Drainage. Den 5^{en} April was de erysipelas genezen. Den 11^{en} trad aan de buitenzijde der knie nog eene fluctueerende zwelling op welke door incisie, drainage en uitspuiting genezen werd.

Verder was het verloop ongestoord; pat. wordt nog in de inrichting verpleegd.

Met de vermelding dezer waarnemingen meen ik vol-

doende bewijsgronden aangevoerd te hebben voor mijne eerste bewering. Men zoude mij de tegenwerping kunnen maken dat deze gevallen niet bewijzend zijn, daar ik bij velen vermeldde: Kraakbeen verkleurd, verdwenen etc. dit is toch een bewijs dat het daaronder gelegene been niet in normalen toestand verkeert.

Volkomen juist, het been is niet in normalen toestand, doch wij hebben hier te doen met eene zuivere hyperaemie van het been met hare gevolgen en niet met eene beentuberculose. Door de irritatie treedt hyperaemie op welke bij eenigzins langeren duur tot granulatievorming voeren kan, en deze heeft op hare beurt, verkleuring, verdunning en eindelijk loslating van het kraakbeen ten gevolge.

Het bewijs dat we hier niet te doen hebben met eene beentuberculose wordt volkomen geleverd door de uitkomsten der kapselextirpatie. Wij gaan thans over:

Ad. 2^m A. Den 1^{en} April 1886 werd de 15-jarige Pieter Theodorus B. uit Leiden, boekbinder van beroep, onder behandeling genomen wegens gonitis tuberculosa dextra.

Voor drie jaar begon de knie, zonder bekende oorzaak, dik en pijnlijk te worden. Niettegenstaande de behandeling met zalven en tinct. jodina werd dit steeds erger. Hoezeer gebrekkig was patient er tot

heden steeds mede blijven rondloopen. Van hereditaire dispositie blijkt niets.

De knie is gefixeerd in een gebogen stand van ongeveer 120° ; zwelling bestaat hoofdzakelijk, ter weerszijden van lig. patellae en boven de patel. De huid is niet verkleurd; locale temp. iets verhoogd. Pijn bij druk ter weerszijden van lig. patellae, op capitulum fibulae en cond. ext. femoris. Pogingen om de patel te verschuiven zijn zeer pijnlijk. De zwelling voelt deegachtig, pseudofluctueerend aan.

In pulmonen en renes geene afwijkingen.

Bij de kapsextirpatie blijkt in het gewricht geen etter aanwezig te zijn.

De kapsel is geheel bedekt met fungeuze granulationen. Het gewrichtskraakbeen is geheel intact, behalve aan den rand der tibia, waar op de plaats van overgang van kapsel op been, dit laatste is gearrodeerd. Patel en femur zijn gaaf. Genezing per primam, zoodat patient den 8^{en} Juni met waterglas-verband begint te loopen.

B. Gerard B. 50 jaar oud, arbeider te Hengeloo kwam den 17^{en} Februari '85 in de kliniek onder behandeling voor gonitis tuberculosa dextra.

Voor twee jaren bemerkte patient dat de knie pijnlijk werd en in omvang begon toe te nemen. Langzamerhand namen de bezwaren van den kant van het knie-

gewricht toe. Eenigen tijd geleden is er zonder oorzaak eene opening in de knie ontstaan, welke zich van zelf weder heeft gesloten. Bij de opname is de knie diffuus gezwollen. Omtrek bedraagt 46 cM. terwijl deze links slechts 35.5 cM. is.

Aan de voorzijde bevindt zich een litteeken. Locale temp. verhoogd. Overal drukpijn. In de bursa subcruralis is fluctuatie te constateeren, terwijl in de fossa poplitea een abces dreigt door te breken. In longen en nieren geene afwijkingen. Op 't linkeroog bestaat staphyloom; leucoma adhaerens.

Behalve dat pat. veel last van pijn heeft febriciteert hij voortdurend waarom den 21^{en} Februari wordt overgegaan tot de amputatio femoris.

Niettegenstaande een klein stukje huid onder het verband gangraeneus was geworden, volgde spoedig genezing, zoodat pat. den 20^{en} April met een stelt begon te loopen.

De opening van het kniegewricht leerde dat de kapsel evenals het kraakbeen der gewrichtsoppervlakten bijna geheel gedestruëerd is. Eene massa vlokkigen etter wordt vooral aan de achterzijde van het gewricht aangetroffen. Femur is gaaf, tibia en patella zijn oppervlakkig aangevreten, vooral op de plaats waar de kapsel zich aan het been insereert.

Ook in deze gevallen komt het mij voor, dat wij met voldoende zekerheid, de weeke deelen als de plaats waar de tuberculose gedebuteerd heeft, mogen aanzien. Bestond toch bij de sub I aangevoerde patienten nergens beenaandoening, voor het vermoeden dat ook bij hen, bij langeren duur van het lijden, de beenderen zouden worden gearrodeerd, bestaat alle grond. Ik heb mij bepaald tot de vermelding dezer beide typische gevallen. In beide bestonden nog slechts oppervlakkige arrosiën, juist ter plaatse waar de kapsel overgaat op het been. Zeer dikwerf hadden wij gelegenheid geresecteerde beenstukken te zien, aan welke meer uitgebreide verwoestingen der beenderen, onder den vorm van talrijke, kleine, met woekerende granulatiën gevulde gaatjes aanwezig waren; daaronder was het been gezond.

Toch viel ook hier op te merken dat de beenarrosie het sterkst was op de plaats van overgang tusschen kapsel en been.

Deze gevallen zijn echter minder bewijzend, waarom ik hen hier achterwege liet, hoewel m.i. ook in deze het beenlijden ongetwijfeld secundair aan dat der weeke deelen is.

Het gaat naar mijne meening toch ook zeer moeilijk, om de bewering, dat het lijden in deze van primair ostealen oorsprong zou geweest zijn, staande te

houden. Of zou dan in elk dezer gaatjes een beenhaard aanwezig geweest moeten zijn? Wel zegt VOLKMANN dat de sequesters aan het caput femoris, zich juist bevinden ter plaatse waar de kapsel op het been overgaat, wat hij uit de verhouding der vaten verklaart¹⁾, doch waarom komen de emboli dan juist in grootsten getale voor, in deze naast elkaar gelegene vaten, welke overal onderling communiceeren en anastomaseeren, terwijl toch de gelegenheid voor het ontstaan van embolie oneindig veel gunstiger is in de arterien, welke de uiteinden der nutritia der beenderen vormen en veel meer het karakter van eind-arterien dragen?

MÜLLER²⁾, welke bij zijne experimenten omtrent de genese der tuberculeuze haarden, juist uitging van de meening dat zij langs den weg der embolie ontstaan zouden, vond dan ook in de groote meerderheid zijner proeven, veranderingen in de diaphysen opgetreden.

Slechts in twee gevallen kreeg hij haarden, uitsluitend in de epiphysen.

Geen enkele dezer haarden vertoont ook neiging tot genezing.

Nergens vinden wij in het eene gaatje het been-

¹⁾ Deze redenering is evengoed op andere gewrichten, in casu het kniegewricht, van toepassing.

²⁾ MÜLLER. Experimentelle Erzeugung typischer Knochentuberculose. Centralblatt für Chirurgie 1886 N^o 14.

weefsel vaster, compacter dan in het andere, nergens een spoor van eburneatie, van litteekenvorming, zooals wij dit zoo dikwerf, ja bijna geregeld kunnen observeren, in die gevallen, waar een oude beenhaard bestaan heeft.

Ook al vinden wij in deze laatste geen sequester meer, dan besluiten we toch uit den toestand van het beenweefsel dat de holte omgeeft, met groote waarschijnlijkheid tot het feit, dat dáár het lijden zijnen oorsprong in het beenweefsel heeft genomen.

Gaan we daarentegen uit van de bewering dat de kapsel de eerste localisatie der ziekte is, dan zijn de moeilijkheden om deze waarnemingen te verklaren, verdwenen, daar het been vooral zal worden aangedaan dáár, waar dit met de zieke membraan in voortdurend en zeer innig contact is.

Wat mij echter vooral bewijzend toeschijnt voor de theorie van het primaire lijden der weeke deelen, is

Ad. 3^m het resultaat der behandeling, steunende op deze meening. Men neemt zorgvuldig al het zieke en verdachte bandapparaat weg, krabt met den scherpen lepel de fungeuze massa's welke op het kraakbeen aanwezig zijn mochten weg (arthrectomia synovialis),

en ziet deze wijze van handelen met de beste gevolgen bekroond ¹⁾).

Waarom ook zoude het kapsel-apparaat niet als primaire zitplaats beschouwd mogen worden? De synovialis behoort immers in de reeks der sereuze weivliezen te huis, en dat in deze laatste de tuberculose primair kan optreden is ongetwijfeld juist.

Dat men werkelijk met tuberculose te doen heeft werd met zekerheid aangetoond door NICAISE, POULET ET VAILLARD, in een arbeid door hen gepubliceerd in de *Revue de Chirurgie* ²⁾. Zij vonden in de door hen geobserveerde gevallen constant den bacillus tuberculosis terug, zoowel in den wand, als in de corpora orizoidea. Tevens geven zij in dit interressante opstel een overzicht van de auteurs, welke op grond van meer of minder juiste gegevens, reeds de ware natuur der synovitis tuberculosa hadden geconstateerd.

Een sprekend geval van dezen aard meldde zich nog onlangs op de chirurgische kliniek alhier aan.

Het betrof den leidschen winkelbediende de G. 15

¹⁾ Vergelijk het volgende hoofdstuk pag. 46.

²⁾ *Revue de chirurgie* 1885 pag. 609 Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes. Cas rare d'hygroma à grains riziformes de la Cuisse par M. M. NICAISE, POULET ET VAILLARD.

jaar oud. Deze patient had voor drie maanden, zonder bekende aanleiding eene dikte aan den linkerpols gekregen. Niettegenstaande de ingestelde behandeling met joodtinctuur, nam de zwelling toe, breidde zich ook uit in de vola manus, werd pijnlijk en meer en meer hinderlijk.

Status praesens: Er bestaat omschrevene zwelling boven het lig. carpi transv. aan de ulnairzijde tot over het midden van den pols. Zij voelt elastisch aan en fluctueert. Vlak onder het ligam. aan de ulnairzijde der hand en in de vola manus in 't midden zijn dergelijke kleinere zwellingen. Tusschen de eerste en tweede is communicatie te constateeren, met de derde niet. Bij plotselingen harden druk, gelukt het nu en dan, een ruw wrijven te bespeuren. — Over de zwelling in de vola manus is de huid verkleurd. Dat de diagnose hier moest worden gesteld, op tendovaginitis flexorum digitorum, was duidelijk.

Omtrent den aard van dit lijden, kon men ook niet lang in het onzekere verkeeren.

Het geheele klinische verloop pleitte voor het bestaan eener tuberculeuze aandoening. Bij de operatie werden dan ook de karakteristieke fungeuze granulatien aanwezig gevonden.

Terwijl ik derhalve meen te mogen aannemen, dat het bandapparaat der gewrichten zeer dikwerf als de plaats van primaire localisatie der tuberculose moet worden aangezien, zoo is het volstrekt mijne bedoeling niet, het voorkomen van primaire beentuberculose aan de gewrichten, geheel te willen ontkennen.

Herhaaldelijk toch zagen wij op de Kliniek van prof. VAN ITERSON gevallen, van welke met groote waarschijnlijkheid te zeggen was, dat het lijden daar, zijnen oorsprong in het beenweefsel had genomen, doch de indruk, dien wij kregen in de groote meerderheid der gevallen, en welke steeds meer en meer bevestigd werd, naarmate het gewricht in een vroeger stadium van het lijden werd geopend, was deze, dat de kapsel veel frequenter als plaats van begin moet worden beschouwd, dan het beenweefsel.

Behalve het nauwkeurig onderzoek der geopende zieke gewrichten, en dit geldt hoofdzakelijk het kniegewricht, hebben de uitkomsten der arthrectomie bij ons tot de overtuiging geleid:

dat de tuberculose der gewrichten, en vooral bij jeugdige individuen, in de overgroote meerderheid der gevallen als van primair synovialen oorsprong moet worden beschouwd.

III.

Over de behandeling der aandoening.

Het antwoord op de vraag, zal men bij tuberculeuze gewrichtsaandoeningen operatief ingrijpen, of wel zal men het verloop der ziekte geheel aan de natuur overlaten, moet, naar wat de ervaring in deze ons tot heden geleerd heeft bevestigend luiden ten gunste der operatieve behandeling.

Dat in den vóór-antiseptischen tijd de operatieve behandeling met hare ongunstige en toevallige resultaten, geheel op den achtergrond bleef, en men slechts in den uitersten nood het mes ter hand greep, had noodzakelijker wijze ten gevolge, dat men zich bepaalde tot het aanwenden van uitwendige antiphlogistische middelen en het proces verder aan zich zelven overliet.

De uitkomsten welke de expectatieve behandeling

opleverde waren verre van schitterend, en zelfs nadat men de voorwaarden tot genezing zoo gunstig mogelijk had gemaakt, wat vooral door de aanwending der immobiliseerende verbanden geschiedde, waren de resultaten weinig gunstiger geworden.

Behalve de talrijke gevallen, waarin het lijden, niet-tegenstaande de aanwending van alle mogelijke en onmogelijke smeersels en zalven, ongestoord zich uitbreidde, afgezien nog van den langen tijd dien het proces vordert om spontaan tot genezing te komen, verder van de gevaren aan welke de lijder gedurende al dien tijd, elk oogenblik was blootgesteld, waren de uitkomsten der genezing, zoo deze eindelijk volgde, dikwerf van dien aard, dat het lichaamsdeel voor goed zijne functie had verloren.

Nauwelijks was de chirurg dan ook, dank zij LISTER'S-methode en de hulpmiddelen welke de nieuwere chirurgie hem aanbood, eenigzins zeker, gevrijwaard te zijn voor accidenteele wondziekten, of met bijzonderen ijver trok hij ten strijde tegen deze zoo frequent voorkomende aandoening „der Schrecken des Publikums und das Kreuz der Aertzte” (COHNHEIM).

Stond in den eersten tijd de amputatie als radicaal-operatie op den voorgrond, weldra was men er op uit door eene meer conservatieve therapie het lijden te bestrijden, welk doel men ook weder langs verschillende wegen trachtte te bereiken.

Dat men in de keuze der behandelingsmethode met verschillende momenten als leeftijd, algemeen-toestand van het individu, met de physiologische functie van het gewricht of lichaamsdeel, met de uitgebreidheid welke het lijden verkregen heeft, met de sociale omstandigheden waaronder de lijder verkeert en niet het minste met het functionneele resultaat dat men wenscht te verkrijgen, rekening moet houden, spreekt van zelf.

Uitgaande van de theorie, dat het tuberculeuze gewrichtslijden vooral zou debuteeren in de beenderen, trachtte men, door cauterisatie met het ferrum candens de z. g. ignipunctuur, welke vooral door de Lyonsche school onder BONNET ijverig werd toegepast en aangeprezen, de ziektekiemen te verwijderen of althans zoodanige alteratie van de omliggende weefsels te verkrijgen, dat de verdere uitbreiding van het lijden gestuit werd.

Dat men hierbij grootendeels blindelings te werk ging en geheel onzeker was, wat vernietigd werd, wat niet, was oorzaak dat men aan de ignipunctuur weldra de arthrotomie liet voorafgaan.

Deze diende dan ter completeering der diagnose en na subluxatie der tegenover elkaar gestelde beenstukken was het nu mogelijk met vrij groote nauwkeurigheid en zekerheid al het zieke en verdachte weefsel te vernietigen.

Naast de ignipunctuur stelde zich de resectie, welke zekerder de beenhaarden zoude verwijderen, daar men nu ter hoogte van, of zelfs boven het intermediaire kraakbeen de ablatie der zieke beenstukken kon bewerkstelligen.

Aan de resectie echter waren groote bezwaren verbonden, welke vooral bij kinderen zich zeer deden gelden. Zoo in de allereerste plaats de verkorting, 't gevolg van de verwijdering der intermediaire kraakbeenderen, welke te grooter werd, naarmate het voorwerp op jeugdiger leeftijd de operatie moest ondergaan.

Bovendien was het al waarschijnlijk, dat alle zieke weefsel beter werd geëlimineerd door de resectie, absolute zekerheid gaf deze wijze van handelen volstrekt niet.

Ook de resultaten der resectiën na verloop van jaren geconstateerd, waren niet zeer bevredigend, hoewel zij niet bepaald ongunstig waren te noemen in dien zin dat zij tegen de operatie pleitten.¹⁾

Met de in den laatsten tijd meer en meer veld winnende theorie, dat het lijden in zeer vele gevallen moet worden beschouwd, als primair zich in de weeke

¹⁾ c. f. POLLIUS FERWERDA: Bijdrage tot de Statistiek der einduitkomsten na gewrichtsresectiën bij tuberculeuze aandoeningen. Diss. Leiden 1882.

deelen localiseerende, voor oogen, is men begonnen hoofdzakelijk deze laatste te verwijderen.

Blijkt het been hier of daar oppervlakkig aangedaan, dan beschouwt men dit als secundair lijden voortgeleid van de ontsteking van kapsel en bandapparaat en bepaalt zich er toe dit eenvoudig met den scherpen lepel of anderszins te verwijderen.

Deze behandelingswijze, waaraan door VOLKMANN de naam van Arthrectomia synovialis werd gegeven, was echter reeds geruimen tijd, zij het dan ook onbewust, door verschillende operateurs min of meer nauwkeurig uitgeoefend en als het ware voorbereid.

Bepaalde men zich in den eersten tijd er toe, om de synoviaalmembraan en het kapselapparaat te reinigen van de zieke granulatiën door middel van den scherpen lepel,¹⁾ weldra werden de meest zieke deelen met de schaar eenvoudig weggenomen, nog later daarentegen ging men zeer nauwkeurig met pincet en schaar alle zieke en suspecte plaatsen verwijderen, terwijl de arthrectomie, naar mijne meening zeer terecht, met bizon- dere nauwgezetheid het geheele bandapparaat etc. verwijderd.

¹⁾ Zoo handelt o. a. tegenwoordig nog de bekende fransche chirurg OLLIER, welke het van groot gewicht acht de synoviaalmembraan en het kapsel apparaat te behouden, daar dit volgens hem van het hoogste belang is om weder eene nieuwe gewrichtsholte te verkrijgen.

De voordeelen welke deze arthrectomia synovialis ook wel kapselectirpatie genoemd, boven de eigenlijke resectie aanbiedt, bestaan vooral in het intact blijven der intermediaire kraakbeenderen.

De groei van femur en tibia, welke hoofdzakelijk van uit de epiphysaire kraakbeenderen aan het kniegewricht plaats heeft (OLLIER) wordt geenszins belemmerd.

Wel is waar treft het verwijt, als zou bij deze behandelingsmethode misschien slechts eene onvolledige verwijdering der zieke deelen plaats hebben, haar ernstiger dan de resectie, doch dit bezwaar schijnt erger dan het werkelijk is.

Is de tuberculose toch beperkt tot het bandapparaat, dan geschiedt de eliminatie van het zieke weefsel volkomen. Is er een latente beenhaard aanwezig, welke later doorbreekt, dan zijn hiervan veel minder ernstige gevolgen te wachten, om de eenvoudige reden dat er geen gewricht meer bestaat. — Door eene weinig ingrijpende operatie zal dan later ook deze verwijderd kunnen worden. ¹⁾

Volgens VOLKMANN worden femur en tibia door fibreuze strengen aan elkander verbonden op eene wijze zóódanig,

¹⁾ c. f. RICHARD VOLKMANN. Die Arthrectomie am Knie. Centralblatt für Chirurgie 1885 N^o. 9.

dat de arthrectomie ook in dit opzicht niet bij de resectie achterstaat. Hij gaat zelfs zóóver van te beweren, dat de anchylose bij de eerste steviger en vaster is dan bij de tweede.¹⁾

Wat mij betreft, ik zag deze stevige verbinding in geen enkel geval optreden. Steeds trad de buigingscontractuur met groote hardnekkigheid op, zoodra het immobiliseerende verband slechts korten tijd werd wegge-
laten.

Eene voldoende verklaring voor het ontstaan dezer buigingscontractuur is tot heden nog niet gegeven.

Wellicht moet de oorzaak van haar optreden gezocht worden in het feit, dat zich aan de achterzijde van het gewricht een veel grooter aantal weefselementen bevindt dan aan de voorzijde. Dit zal ten gevolge hebben dat bij prikkelingstoestanden, aan de achterzijde meerdere weefselnieuwvorming plaats vindt dan aan de voorzijde. Bij de opvolgende schrompeling van het nieuwgevormde weefsel zal dus, door de meerdere kracht welke aan de achterzijde uitgeoefend wordt het onderbeen tegen het bovenbeen gebogen moeten worden.

Het verdient ook opmerking dat de neiging tot het optreden van deze contractuur in veel geringere mate

¹⁾ l. c.

aanwezig is, bij volwassenen welke de resectie ondergingen, dan bij kinderen.

Doch men vergete niet dat bij de laatste de beenige anchylose eerst zeer langzaam tot stand komt, terwijl bij de eerste de beenige vergroeiing veel sneller geschiedt.

De voorwaarden voor het optreden der contractuur, zijn daarom bij kinderen zooveel gunstiger dan bij volwassenen. Door bovengenoemde onderstelling zou dan tevens verklaard worden waarom de contractuur bij de arthrectomie zooveel te sterker optreedt en meer moeilijkheden ter bestrijding aanbiedt, dan die welke wij op de resectie zien volgen.¹⁾

Het intact laten der intermediaire kraakbeenderen echter biedt m.i., te meer daar de groote meerderheid der lijders welke voor deze aandoeningen onze hulp komen vragen, nog verre beneden den leeftijd is waarop de beengroei als volkomen beschouwd moet worden (20—23 jaar), zulke groote voordeelen aan, dat men de moeite om voorloopig door vaste verbanden de contractuur te bestrijden, totdat het individu den leeftijd heeft bereikt

¹⁾ Daar de ondervinding geleerd heeft dat zelfs het waterglasverband niet in staat is het optreden der contractuur te verhinderen, worden in den laatsten tijd in de leidsche kliniek de waterglasverbanden versterkt door het tusschenplaatsen van 3 à 4 spalken van blik.

waarop de beengroei zijne volle hoogte heeft verkregen, om zoonoodig, daarna door de resectie eene beenige verbinding tot stand te brengen, rijk beloond zal zien.

Geschiedt de resectie op deze wijze, als na-operatie dan vervalt tevens het bezwaar der verkorting, welke vooral aan de benedenste extremiteit zwaar weegt, daar bij de arthrectomieën welke hier in de kliniek verricht werden, eene toename van lengte der extremiteit na de operatie werd geconstateerd.

Wel is waar zijn de gevallen welke wij gelegenheid hadden te observeeren weinige in aantal en is de tijd welke sedert verlopen is te kort, om over de resultaten een alleszins afdoend oordeel te kunnen uitspreken, doch het feit schijnt mij der vermelding ruimschoots waardig te zijn, ten einde aan nadere observaties onderworpen te worden.¹⁾

De arthrectomie behoort tot de operaties welke eene vaardige hand vereischen, daar zij met groote nauwkeurigheid moet geschieden zoo zij aan het gewenschte doel zal beantwoorden.

¹⁾ Dat bij tuberculeus gewrichtslijden de zieke extremiteit enkele malen in lengte toeneemt, was reeds langen tijd bekend en evenals men in deze gevallen de vermeederde activiteit van het intermediaire kraakbeen, toeschrijft aan de reactie der weefsels op den ontstekingsprikkel, kan door de irritatie door de operatie teweeggebracht, eene hyperaemie dezer deelen met hare gevolgen optreden.

Aan de heup is steeds voorafgaande resectie van het caput femoris, aan den elleboog van olecranon, capitulum radii en benedenste humeruseinde noodzakelijk daaromen zich anders onmogelijk voldoende toegang tot het gewricht kan verschaffen, om met zekerheid het geheele bandapparaat te kunnen verwijderen.

De prognose voor zoover heden over de operatie te oordeelen valt, is zeer veel gunstiger dan die der resectie en eveneens zijn hare resultaten zeer bevredigend.

In het geheel werd de kapselectirpatie in de kliniek alhier in zeven gevallen toegepast; in alle trad spoedige genezing in, nergens bleven fistels achter, terwijl steeds eene vrij vaste verbinding tot stand kwam. Recidief kwam tot heden in geen enkel geval voor.

In hoever KÖNIG „volkommen erhaltener Beweglichkeit des Gelenkes”, en ook VOLKMANN sluit zich voor zooveel hem betreft bij deze verklaring aan, „sehr oft” verkregen heeft, moet ik in het midden laten.

Hier in de kliniek mocht ik deze schoone resultaten nooit waarnemen.

Wat trouwens het kniegewricht betreft, geloof ik dat men bij voorkeur er naar streven moet eene anchylose tot stand te brengen en gaarne onderschrijf ik de woor-

den van OLLIER¹⁾ in deze: „La mobilité n'est qu'un accident, où pour mieux dire un insuccès.”

En résumé komen wij derhalve tot de volgende conclusiën:

1°. Bij elke tuberculeuze gewrichtsaandoening van eenigzins langeren duur, welke niet verbetert onder rust (immobilisatie, distractie etc.) is operatief ingrijpen noodzakelijk.²⁾

¹⁾ L. Ollier. Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire. Revue de chirurgie 1885 pag. 187.

²⁾ Kort geleden nog bood zich de gelegenheid aan om de einduitkomst eener aan de natuur overgelatene tuberculeuze gewrichtsaandoening te observeeren.

Het geval betrof de 19 jarige L. V. uit Woubrugge. Pat. was op haar 12de jaar op het ijs gevallen, waarna pijn in de knie was opgetreden. Zij bleef ter been tot ze op haar 16e jaar uit een hooiberg viel, sedert welken tijd zij met een stok moest loopen.

Stat. praesens. De linker knie staat in lichte flexie. Er schijnt eene geringe subluxatie der tibia naar achter en buiten te bestaan. Kapselband overal gelijkmatig verdikt. Aan de geheele extremiteit is de musculatuur atrophisch. De afstand van Spin. ant. sup. oss. il. tot a/d. benedenrand van malleolus ext. bedraagt links 80, rechts 86 cm. Omtrek midden der dij links 38 rechts 40 cm. Lengte van den voet links 25 rechts 26 cm.

Patiënte liep met een handkrukje en had geene klachten meer over haar been.

2°. Vóórdat de lijder den leeftijd bereikt heeft waarop men met eenigen grond mag aannemen, dat de ontwikkeling van het been zijne normale hoogte heeft bereikt verrichte men aan de knie nooit de resectie; dan verdient de amputatie de voorkeur.

3°. Bij individuën beneden dien leeftijd beproeve men steeds de arthrectomia synovialis. Zoonoodig resecteere men later.

Niettegenstaande den bijzonder gunstigen afloop van dit langdurige proces, zijn toch de resultaten der spontane genezing, niet te vergelijken met die der operatieve behandeling.

The first of these is the fact that the
 number of cases of the disease has
 increased in the last few years.
 This is due to the fact that the
 disease is now more common in the
 tropics and in the warmer parts of the
 world. It is also more common in the
 cities and in the more crowded parts of
 the world. This is due to the fact that
 the disease is more easily spread in these
 places. It is also more common in the
 summer months. This is due to the fact
 that the disease is more easily spread in
 the warm weather. It is also more common
 in the more crowded parts of the world.
 This is due to the fact that the disease
 is more easily spread in these places.

S T E L L I N G E N.

STELLINGEN.

I.

De tuberculose der gewrichten, localiseert zich, vooral bij kinderen, in verreweg de meeste gevallen, primair in de weeke deelen.

II.

De wijze van opereeren bij carcinoma labii inferioris, volgens de methode van JÄSCHE, verdient afkeuring.

III.

Bij ontbreken van het aetiologisch moment, kan het onmogelijk zijn om de differentiaaldiagnose te stellen tusschen amyloïdlever en cirrhose hypertrophique.

IV.

Eene voldoende verklaring van het mechanisme der breukbeklemming is tot heden niet gegeven.

V.

Ten onrechte zegt Dr. HOCHE:

Elk vreemd lichaam in een oog trachte men zoo spoedig mogelijk te verwijderen.

VI.

Bij de behandeling van versche ruptura perinei make men gebruik van sublimaatcatgut en hechte met den doorlopenden naad.

VII.

Nadere proefnemingen omtrent de therapeutische waarde van Salol verdienen ten zeerste aanbeveling.

VIII.

In gevallen van „asthma” verzuime men nooit het onderzoek der neusholte.

IX.

Epistaxis bij cirrhose hypertrophique kan verklaard worden, door de veranderingen welke de bloedcellen ondergaan onder den invloed der galzuren.

X.

Bij forcipale extractie naar de methode van LANGE, legge men den lepel, welke achter moet aangrijpen, het eerst aan.

XI.

De Weir-Mitchell-Playfair'sche kuur verdient aanbeveling bij die vormen van neurasthenie, welke met belangrijke voedingsstoornissen gepaard gaan.

XII.

De curatieve enting met gemitigeerd rabiesgif, bij personen welke door dolle honden gebeten zijn, mist een rationeelen grondslag.

XIII.

Ter behandeling van ectopia vesicae is de methode van TRENDELENBURG tot heden de meest rationeele.

Krol, Cornelis Aris Johannes

<<De>> tuberkulose der gewrichten en hare behandeling Inaug. Diss

Leiden 1886

Diss.med. 259-31

urn:nbn:de:bvb:12-bsb11598460-3